

Healthcare Roadmap 2030

Un insieme organico di riforme per preservare
universalità ed equità del Servizio Sanitario Nazionale

Action Institute

06 Novembre 2013

Action Institute è un “Action Tank” indipendente ed apolitico che vuole catalizzare le migliori energie intellettuali del Paese in un impegno civico a beneficio della delle Istituzioni e della Società. Action Institute è costituito da un gruppo di professionisti che si sono distinti nel proprio campo di appartenenza e che lavorano a titolo puramente personale e pro bono per fare proposte attuali, pratiche e d'impatto che permettano di rilanciare la competitività del Sistema Italia. Action Institute vuole aggregare persone di massima integrità e motivate da una forte passione civica provenienti dal mondo delle professioni, dell'industria, della finanza, dell'imprenditoria, della consulenza, dell'accademia, della pubblica amministrazione, della magistratura, della cultura, della scienza e dei media.

Healthcare Roadmap 2030

Un insieme organico di riforme per preservare universalità ed equità del Servizio Sanitario Nazionale

EXECUTIVE SUMMARY

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha raggiunto notevoli traguardi negli ultimi decenni, basti pensare all'incremento registrato dall'aspettativa di vita, nonché alle riduzioni dei tassi di mortalità. Tuttavia a oggi sono numerose le sfide da affrontare per garantire di fatto e non solo nominalmente negli anni a venire universalità ed equità, così come stabilito nella Costituzione. In particolare, le sfide riguardano: l'equità in termini di qualità e di accesso ai servizi, la sostenibilità economico-finanziaria del sistema, la protezione finanziaria per individui e famiglie a fronte di spese sanitarie elevate e il contributo allo sviluppo economico. In un quadro di crescente domanda di sanità, aumento dei costi, disponibilità fiscali ridotte e crescente integrazione europea crediamo quindi che il focus del dibattito attuale principalmente fondato sui risparmi da ottenere colga in modo molto parziale la tipologia e l'entità dei problemi attuali.

In questo contesto, proponiamo una Healthcare Roadmap 2030, costituita da un insieme organico di riforme che affrontino in modo strutturale le aree di miglioramento sopra illustrate riconoscendone e rimuovendone le cause che a nostro avviso le determinano, prime fra tutte la limitata trasparenza e responsabilizzazione sulla performance complessiva non solo economico-finanziaria, le modalità di allocazione delle risorse ai vari livelli del sistema che generano inefficienza e tendenza all'aumento dei costi ed infine le limitate competenze manageriali disponibili anche a causa di meccanismi spesso arbitrari di selezione, valutazione e rimozione dei vertici e di modalità di contrattualistica e di gestione delle risorse del pubblico impiego in sanità.

Il paper si articola in quattro capitoli. I primi due sono dedicati all'analisi dei risultati raggiunti, alle aree di miglioramento da affrontare e delle loro determinanti. La seconda parte del testo delinea la nostra visione al 2030 e i valori fondanti su cui basare i pilastri di riforma del sistema: (i) rafforzamento della governance con obiettivo di rafforzare le tutele

e la capacità di governo e controllo del sistema anche minimizzando conflitti di interesse e interventi arbitrari della politica (ii) empowerment dei pazienti attraverso accresciuta trasparenza ed elevata disponibilità pubblica di dati sanitari con obiettivo di favorire la piena capacità di scelta dei pazienti in termini di luogo di cura e medico, consentire loro di disporre dell'informazione necessaria per le migliori scelte di stile di vita e gestione efficace dei trattamenti a cui sono sottoposti, esercitare una tensione positiva all'aumento di produttività di chi eroga i servizi, consentire di legare il rimborso delle prestazioni al valore delle stesse e consentire alle aziende di settore di rendere più produttivi gli investimenti e portarne più rapidamente i benefici ai pazienti (iii) definizione di un chiaro sistema di incentivi e consequence management con l'obiettivo di orientare chi gestisce i servizi a ottimizzare la performance sanitaria fornendogli adeguati poteri di gestione (iv) revisione del modello di finanziamento in base ai risultati e non ai costi sostenuti al fine di incentivare/premiare i comportamenti virtuosi. Infine nel caso delle Regioni in Piano di Rientro, e a fortiori per quelle Commissariate, proponiamo da un lato di operare una ristrutturazione del debito pregresso e dall'altro operare un vero e proprio turnaround gestionale di queste Regioni reimpostandone la programmazione su tre dimensioni: (a) struttura (b) governance (c) capacità manageriali.

Consapevoli che questo paper è costituito da linee guida di carattere strategico, a cui faranno seguito proposte specifiche per ognuno dei temi sollevati, lo presentiamo con la dichiarata ambizione che possa contribuire ad avviare un dibattito fattuale, non ideologico ed aperto alle migliori esperienze internazionali su come riformare un sistema che fatica sempre di più garantire l'universalità e l'equità alla base della sua fondazione nell'ormai lontano 1978.

Healthcare Roadmap 2030

Un insieme organico di riforme per preservare universalità ed equità del Servizio Sanitario Nazionale

L'obiettivo di questo paper è illustrare un insieme organico di riforme che a nostro avviso sono necessarie per preservare la sostenibilità e l'equità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il paper è organizzato in quattro capitoli:

- I buoni risultati raggiunti dalla sanità italiana
- Le aree di miglioramento e le sue determinanti
- La nostra visione e i nostri core values
- I pilastri del cambiamento

CAPITOLO 1. I BUONI RISULTATI RAGGIUNTI DALLA SANITA' ITALIANA

“La buona Salute è alla base dello sviluppo sociale ed economico e rafforza le politiche in tutti i settori dell'azione pubblica” Quest'affermazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, coerente con l'art.32 della nostra Costituzione che considera la salute diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, ritiene la salute anche un formidabile fattore competitivo del Paese. In questo senso la ritiene indissolubilmente legata alla Sanità che ne rappresenta una fondamentale, ancorché ovviamente non la sola, determinante. In questo senso riteniamo fondamentale il valore sociale, culturale, ed economico di un Servizio Sanitario Nazionale, che garantisca a tutti le prestazioni essenziali (i c.d. LEA, Livelli Essenziali di Assistenza), l'universalità e l'equità. Inoltre crediamo importante affermare che SSN non sia solo una spesa ma una forma particolare di welfare che genera PIL, produce innovazione, sostiene industrie.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato fondamentale nel conseguimento negli ultimi decenni di importanti risultati in tema di salute, come confermato dal notevole aumento dell'aspettativa di vita e dalla diminuzione progressiva della mortalità. In particolare, il sistema ha garantito un insieme di prestazioni a tutti i cittadini bisognosi di assistenza con

un impiego di risorse pubbliche relativamente contenuto¹ grazie all'impegno di centinaia di migliaia di operatori, pubblici e privati, che afferiscono al mondo della diagnosi e cura, ma anche della prevenzione e della riabilitazione, e che si occupano non solo di assistenza, ma anche di ricerca, sviluppo e formazione. A testimonianza di questo l'Italia mostra ad esempio in media ottimi risultati di salute (es. elevata aspettativa di vita alla nascita e mortalità infantile tra le più basse al mondo) e generalmente ha una ottima capacità di gestire gli episodi acuti.

CAPITOLO 2. LE AREE DI MIGLIORAMENTO E LE SUE DETERMINANTI

Nonostante i buoni risultati sopra descritti, se guardiamo alle tipiche dimensioni di performance di un Sistema Sanitario ravvediamo numerose sfide in termini di (i) equità della qualità dei servizi erogati e di accesso (ii) sostenibilità economico-finanziaria (iii) protezione finanziaria (iv) mancanza di adeguato sostegno allo sviluppo economico. In particolare:

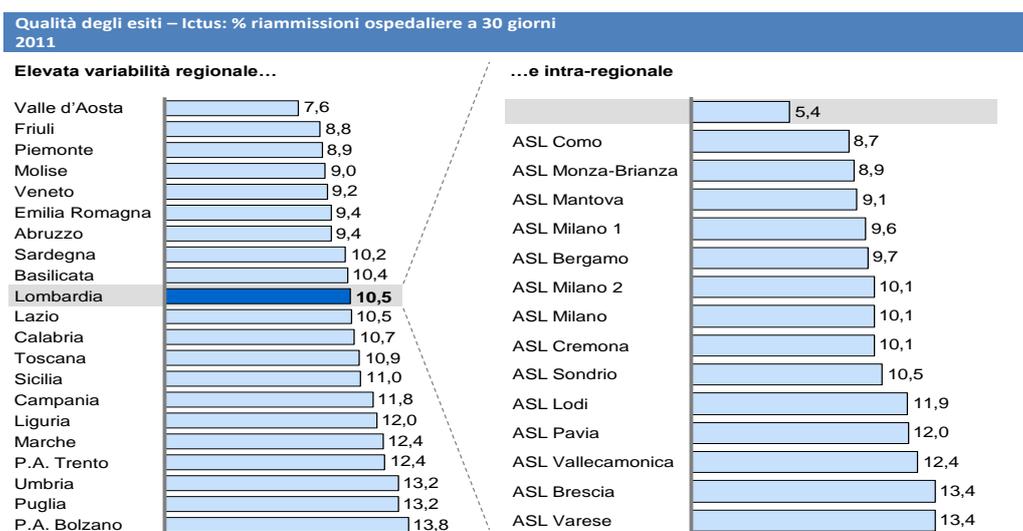
- L'universalità del sistema di fatto è sostanzialmente solo nominale e la variabilità sul territorio nazionale è molto elevata:

(i) la qualità soffre di elevata variabilità sia tra Regioni (14,2% pazienti operati al collo del femore in Campania entro 48 ore dal ricovero contro 82,5% a Bolzano nel 2010)² sia all'interno di una stessa Regione (19,3% a Pavia contro 48,2% a Bergamo)³;

¹ In questo senso la spesa sanitaria pubblica così come la spesa pubblica pro-capite aggiustata per il potere di acquisto in relazione al PIL è in linea (o leggermente minore di) con gli altri Paesi a pari livello di sviluppo.

² L'ambizione è il 100%. Questo è un indicatore la cui correlazione con l'esito clinico, non pubblicamente disponibile.

³ Fonte Ministero della Salute.

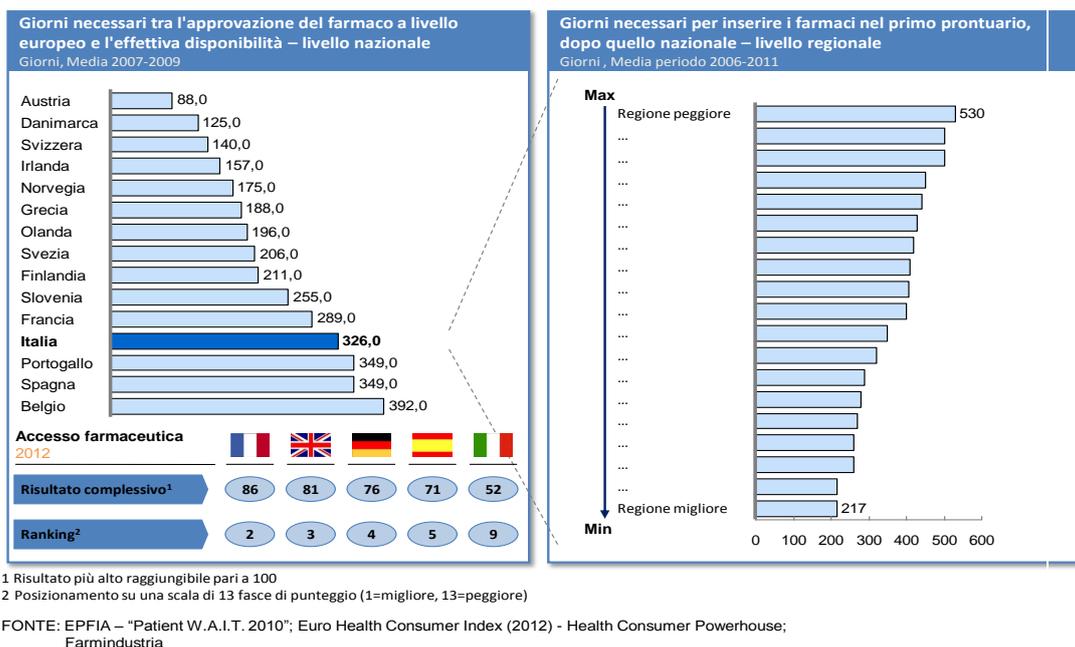


FONTE: Programma Nazionale Valutazione Esiti 2012 (Ministero della Salute)

(ii) l'accesso è basso (rispetto agli standard europei) e fortemente diseguale tra le Regioni sia in termini di tempi di attesa (l'Italia è 16 a livello paesi OCSE ed è in peggioramento con 9 milioni di italiani che dichiarano nel 2011 di non avere potuto accedere a prestazioni sanitarie per "ragioni economiche" (di cui 2,4 milioni di anziani, 4 milioni di residenti al Sud e Isole)⁴⁾⁵ sia in termini di accesso a nuovi farmaci;

⁴ Fonte Censis.

⁵ Fonte OCSE.



(iii) la soddisfazione dei pazienti è limitata e in peggioramento (31,7% degli Italiani percepisce un peggioramento della Sanità nella propria regione negli ultimi 2 anni)⁶;

- In termini di sostenibilità economico-finanziaria (i) 8 Regioni (su 10 che vi sono entrate) sono commissariate e/o in Piano di Rientro (ii) ci si attende che la spesa sanitaria continui a crescere più velocemente del PIL (a oggi la componente pubblica di spesa vale circa il 7,1% del PIL mentre le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato la danno al 9,0 nel 2060) (iii) il debito sanitario pari a circa 54+ mld di euro (circa 3,8% del PIL)⁷;
- Da un punto di vista di protezione finanziaria è fondamentale che la copertura pubblica della spesa sanitaria protegga le famiglie dal rischio di impoverimento a causa degli esborsi sostenuti nel caso in cui si manifesti la necessità di una spesa medica. In Italia la spesa Out Of Pocket (OOP) sul totale della spesa sanitaria è attorno al 21% una quota nettamente superiore rispetto a paesi come la Francia, la Germania e UK.

⁶ Fonte Censis.

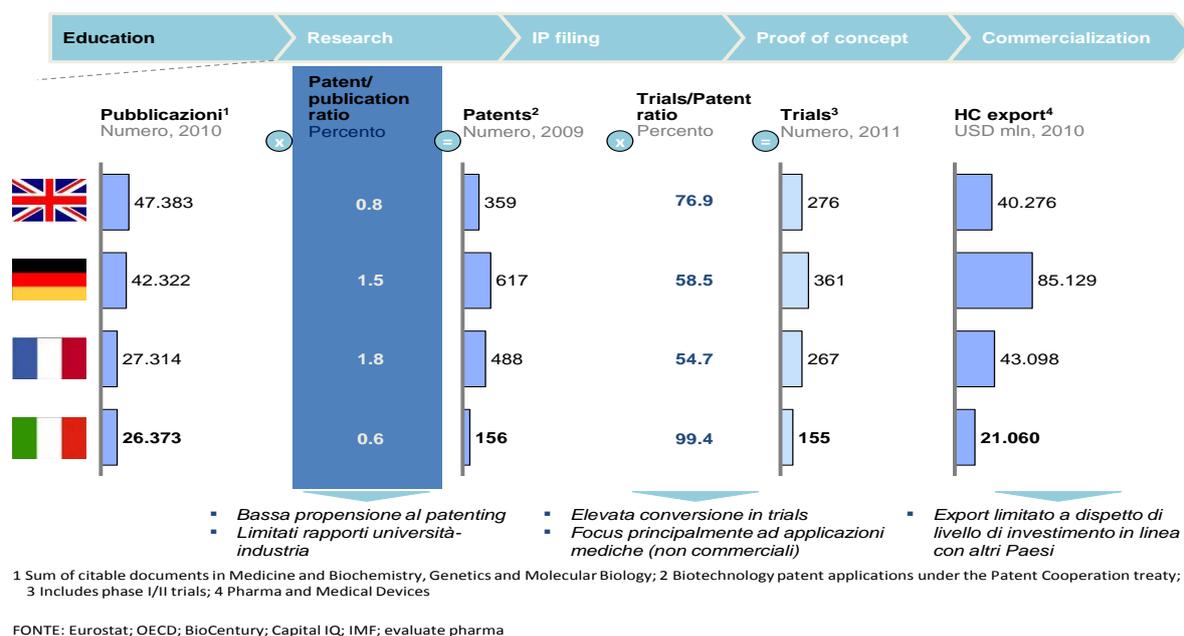
⁷ Fonte Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizi 2011-2012, volume I, Corte dei Conti.

Questa spesa è dovuta principalmente a diagnostica e specialistica (su cui i pazienti vogliono evitare le liste di attesa e scegliere il medico) per quasi il 50% e per la parte rimanente a spese sui farmaci, odontoiatria e spese per non autosufficienza. Peraltro le misure di legge relative all'ulteriore aumento di circa il 50% dei ticket che entreranno in vigore a settembre 2013 porteranno a un ulteriore aumento di questa spesa. Una quota elevata di spesa OOP comporta un rischio maggiore di impoverimento delle famiglie, specialmente in contesti socio-economici più svantaggiati. Il CEIS stima che le famiglie annualmente colpite da spese sanitarie superiori al 40% del reddito (spese catastrofiche) sia pari a 860.000 (pari al 3,7% dei nuclei), e quelle annualmente impoverite siano circa 350.000 (pari a 1,5% del totale) con forti differenze regionali: il tasso di impoverimento regionale del Veneto è 0,5% contro 1,5% della Calabria⁸;

- Da un punto di vista di sostegno allo sviluppo economico (i) l'elevata produttività della ricerca si converte solo parzialmente in attività produttive, infatti L'Italia presenta poche aziende competitive su scala globale con dimensione adeguata. Rispetto a Francia, Germania e UK abbiamo un basso numero di brevetti, un basso numero di trial clinici e un limitato valore delle esportazioni di settore (es. rispetto alla Francia stesso numero di pubblicazioni ma metà delle esportazioni e un terzo dei brevetti; rispetto alla Germania 40% in meno di pubblicazioni, il 25% dei brevetti e il 25% delle esportazioni)⁹;

⁸ Questo utilizzando soglie regionali che incorporino le differenze tra le regioni in termini di consumi e reddito.

⁹ Nel settore lavorano circa 830 mila persone di cui ~645 mila in sanità in senso stretto e ~185 mila nei settori più strettamente collegati (farmaceutico, applicazioni medicali e life science) e alloca circa 9,0% del PIL di cui 7,1% è la componente pubblica.



(ii) in termini di saldo netto rispetto agli altri paesi dell'Unione Europea, L'Italia è esportatore netta di pazienti e ha un saldo netto negativo di circa 25 mln annui.

Noi crediamo che quanto sopra riportato non dipenda da una diseguale allocazione delle risorse ma dall'efficienza nella loro gestione e dal sistema di incentivi, sia a livello nazionale sia locale. In particolare, siamo convinti che le cause strutturali siano riconducibili ai seguenti fattori: (i) **limitata trasparenza e accountability** (sistemi e strumenti) **delle performance** (specialmente sanitaria), sia a livello regionale che a livello locale (ad esempio da un lato a livello di sistema non esiste un framework condiviso di performance secondo il quale si possa dire quali Regioni fanno bene e quali meno, quali sono i punti di forza e le aree di miglioramento, dall'altro a livello di singolo la paziente la ricerca del luogo di cura e del medico migliore/adatto è ancora fundamentalmente affidata al word of mouth senza fonti autorevoli, credibili e facilmente utilizzabili) (ii) **modalità di allocazione delle risorse ai vari livelli del sistema che genera inefficienza, tendenza all'aumento dei costi e limitato focus sulla performance di sanità** (ad esempio nella ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale non solo i criteri sono sempre cambiati dal 2001 con ovvie implicazioni sulle possibilità di una effettiva programmazione sanitaria ma anche i costi storici continuano ad avere importanza predominante) (iii) **limitate competenze manageriali e meccanismi di selezione dell'alta dirigenza con modalità di**

contrattualistica e di gestione delle professionalità e delle risorse umane del pubblico impiego in sanità con spesso criteri di nomina delle posizioni apicali poco trasparenti e interventi arbitrari della politica.

Indubbiamente negli ultimi anni c'è stata una accresciuta attenzione alla disciplina fiscale, ad esempio nelle Regioni in Piano di Rientro hanno visto un rallentamento della crescita della spesa (infatti la spesa sanitaria complessiva delle regioni sottoposte a Piano di Rientro cresciuta a una media annua dello 0,5% rispetto al 2,1% fatto registrare dalle altre Regioni) Tuttavia questo contenimento è stato ottenuto troppo spesso prevalentemente attraverso aumenti dei ricavi e tagli di budget senza una attenta revisione dei costi diretti di produzione con la conseguenza che le Regioni continuano a essere indietro in termini di garanzia dei LEA, risultati di salute¹⁰ e complessiva ristrutturazione industriale. Il semplice fatto che su 10 regioni mai entrate in Piano di Rientro 8 lo siano ancora e che 5 vi permangano da più di 6 anni (cioè da quando esistono i Piani stessi) testimonia quanto lentamente la situazione stia migliorando.

Su questa situazione si innestano una serie di forze che rendono ulteriormente più difficile la situazione sopra esposta (i) ridotte risorse fiscali a disposizioni. Infatti negli ultimi anni sono stati effettuati tagli trascurabili in termini nominali (attorno a 0,75% annuo nel 2011 e 2012) ma elevati rispetto al tendenziale che suscitano forti preoccupazioni sia negli operatori della sanità sia classe politica. Questi tagli rischiano da un lato di tradursi in riduzioni di volumi di prestazioni senza aumento di appropriatezza con effetti perversi sui risultati di saluti specialmente a danno dei meno avvantaggiati dall'altro in ulteriore contrazione del settore delle life science (ii) aspettative crescenti. Tipicamente infatti la domanda di sanità cresce più che proporzionalmente rispetto al reddito nazionale (iii) costi crescenti a causa sia della demografia sfavorevole¹¹ sia a causa della disponibilità di nuove tecnologie (iv) una sempre maggiore integrazione dei sistemi sanitari nazionali a livello europeo (si veda ad esempio la Direttiva 2011/24 del 9 marzo 2011, in via di recepimento a livello nazionale, sull'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera) che renderà sempre più facile per ogni paziente

¹⁰ Al riguardo si veda la relazione di Francesco Bevere, Direttore generale della programmazione sanitaria, in una recente audizione al Senato (maggio 2013).

¹¹ Si stima al 2030 una percentuale di persone con 65+ anni di età pari al 26% della popolazione contro il 19% nel 2010.

scegliere paese e luogo di cura con l'ovvia implicazione che i sistemi sanitari meno buoni rischiano di essere esportatori netti di pazienti con ulteriore perdita di risorse economiche

La domanda naturale è quindi come garantire un adeguato livello di prestazioni senza generare una corsa al ribasso in un contesto soggetto alle forze di cui sopra? Come detto, le recenti riforme del sistema sanitario si propongono di affrontare i temi dell'equità e soprattutto della sostenibilità, anche attraverso una crescente responsabilizzazione finanziaria delle regioni (e.g. Piani di Rientro). Tuttavia, trovare l'equilibrio tra autonomia e decentramento regionale (art. 5 della Costituzione) da un lato e uniformità dei diritti fondamentali, (art. 32 della Costituzione) dall'altro, è la vera sfida del Sistema Sanitario Italiano per i prossimi anni.

CAPITOLO 3. LA NOSTRA VISIONE E I NOSTRI CORE VALUES

Noi riteniamo che il SSN abbia bisogno di cambiamenti profondi se si vuole preservare le sue caratteristiche maggiormente distintive i.e. universalità ed equità. In particolare, il nostro approccio consta di misure di sistema che fornisc ano adeguati incentivi e consentano di realizzare i miglioramenti operativi necessari per tradurre i tagli dall'alto dei bilanci in cambiamenti dei processi di erogazione dei servizi che incrementino la produttività del sistema in modo sostanziale e continuativo senza pregiudicare i risultati di salute.

Le nostre proposte sono figlie di una visione e di una serie di core values.

- Definiamo una visione al 2030, un orizzonte sufficientemente lungo in modo tale che le urgenze non sovrastino le cose importanti. In particolare, la nostra visione è che:
 - Il sistema salute non soltanto sarà sostenibile ma anche un vero motore di crescita definendo standard internazionali di produttività e attraendo talenti e investimenti dal resto del mondo. L'Italia sarà un hub per l'innovazione medica. SSN sarà conosciuto a livello internazionale per la sua qualità e la sua efficienza. Allo stesso modo in cui in molti settori industriali l'Italia ha una quota rilevante di esportazioni a livello globale, i cittadini sia dai paesi dell'Unione Europea sia dal resto del mondo verranno in Italia per ricevere cure di altissima qualità.

- I nostri pazienti avranno una genuina capacità di scelta basata su una piena informazione della qualità e dei costi di ogni singolo trattamento e di ogni singolo erogatore di servizi e della variabilità degli stessi che contribuirà ad aumentarne la competitività e la qualità. Questa informazione ispirerà le scelte dei cittadini che avranno una maggiore consapevolezza e capacità di come preservare e migliorare il loro stato di salute di cui saranno sempre più responsabili
- In termini di *core values*: (i) crediamo che vada preservata l'universalità e l'equità del sistema (ii) crediamo che il settore pubblico debba essere in primo luogo il garante del rispetto del diritto alla salute e che tale garanzia si espliciti necessariamente attraverso le attività di policy making e regolamentazione¹² (iii) crediamo che il settore privato possa contribuire a migliorare il SSN sia dal lato del finanziamento sia dal lato dell'erogazione dei servizi ma affinché questo avvenga senza ridurre l'universalità del sistema o diminuirne l'equità, il settore pubblico debba radicalmente migliorare le proprie capacità di regolamentazione (iv) crediamo che laddove il settore pubblico eroghi direttamente i servizi, questo debba avvenire in condizioni di netta separazione dall'attività di regolamentazione sia in termini di governance, sia in termini organizzativi in modo che la regolamentazione possa essere veramente *super partes* rispetto a operatori indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata (v) crediamo che il diritto di scelta dei cittadini, almeno in termini di *service provider*¹³, sia un elemento fondante del SSN e che in quanto tale vada adeguatamente supportato fornendo agli stessi tutti gli elementi affinché tale scelta sia effettiva .

¹² Come dettagliato nella proposta specifica, per regolamentazione intendiamo un'attività multidimensionale che riguarda sia la componente economico-finanziaria sia quella relativa alla qualità. Si esplicita attraverso la definizione di standard, il monitoraggio degli stessi e l'eventuale irrogazione di sanzioni e ha luogo sia a livello centrale sia a livello locale.

¹³ Non prevediamo, almeno nel breve medio periodo, un sistema in cui il cittadino abbia libertà di scelta relativa al finanziamento i.e. che per la copertura offerta dai LEA possa scegliere di pagare i premi/contributi di una assicurazione privata e/o fondo integrativo, cassa aziendale non le tasse/imposte.

CAPITOLO 4. I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

Avendo definito la nostra visione e i core values, articoliamo in dettaglio le proposte di cambiamento che si articolano in quattro pilastri.

- **Pilastro 1:** Rafforzamento della governance con l'obiettivo di rafforzare le tutele e la capacità di governo e controllo del sistema anche minimizzando conflitti di interesse ed interventi arbitrari della politica attraverso (i) netta separazione delle attività di policy making, regolamentazione e controllo da quelle di erogazione anche nel caso in cui queste ultime siano effettuate da soggetti pubblici (ii) regolamentazione a livello centrale, uniforme sul territorio nazionale (iii) autonomia regionale assicurata sulla base dei risultati gestionali: a maggior capacità di generare valore, maggiore autonomia (iv) revisione dei LEA in termini misurabili in modo tale da rendere esplicito e verificabile il contratto tra cittadino e sistema sanitario garantendo standard di qualità (aderenza a degli standard di processo), livello minimo di accesso (tempi massimi di attesa) e protezione finanziaria (compartecipazione finanziaria massima) (v) introduzione di linee guida uniformi a livello nazionale (vi) selezione e rimborso di dispositivi medicali e farmaci in base a efficacia comparativa (vi) riforma dei criteri di nomina (nonché controllo si veda Pilastro 3) dei vertici AO e ASL con l'individuazione dei requisiti attitudinali e di competenza per la nomina dei vertici delle AO e ASL e selezione unica nazionale da parte di Agenzia indipendente dal potere politico (i.e. con nomine non governative) con scelta da parte dei Vertici Regionali soltanto all'interno del pool unico nazionale
- **Pilastro 2:** Empowerment dei pazienti attraverso accresciuta trasparenza ed elevata disponibilità pubblica di dati sanitari con l'obiettivo di favorire la piena capacità di scelta dei pazienti in termini di luogo di cura e medico (*right provider*), consentire ai pazienti di disporre dell'informazione necessaria per le migliori scelte di stile di vita e gestione efficace dei trattamenti a cui sono sottoposti (*right living*), esercitare una tensione positiva all'aumento di produttività di chi eroga i servizi aiutandoli anche a prevenire errori evitabili (*right care*), consentire di legare il rimborso delle prestazioni al valore delle stesse (*right value*) e consentire alle aziende di settore di rendere più produttivi gli investimenti e portarne più rapidamente i benefici ai pazienti (*right innovation*). Questo si può realizzare attraverso (i) certificazione esterna dei bilanci, informazioni pubbliche su qualità con standard definiti centralmente per ASL, AO (ii) realizzazione di portali informativi nazionali e regionali (modello NHS Choice UK) e

informazioni pubbliche anche su esiti e al livello di singolo medico ad esempio su CV e numero interventi in totale e negli ultimi 24 mesi (iii) realizzazione di un sistema normativo e regolamentare che promuova e adeguatamente tuteli la disponibilità pubblica di dati (open data)

- **Pilastro 3:** Definizione di un chiaro sistema di incentivi e consequence management con l'obiettivo di orientare chi gestisce i servizi a ottimizzare la performance sanitaria fornendogli adeguati poteri di gestione con (i) missione esplicita delle aziende sanitarie di migliorare lo stato di salute della popolazione, la loro soddisfazione e la protezione finanziaria e piena responsabilizzazione su LEA in condizioni di equilibrio economico - finanziario (ii) flessibilità gestionale per ASL ed erogatori servizi (in particolare su capacità di riallocare voci di spesa tra capitoli di bilancio) (iii) valutazione della performance delle aziende/Regioni, da parte di organismi indipendenti dal potere politico, in termini di LEA ed equilibrio economico finanziario (iv) sistema di premi/punizioni fino a rimozione dei dirigenti, incluso Presidenti di Regione, nel caso di mancata adempienza sui LEA/mancato equilibrio economico-finanziario.
- **Pilastro 4:** Revisione del modello di finanziamento in base ai risultati e non ai costi sostenuti al fine di incentivare/premiare i comportamenti virtuosi attraverso (i) determinazione e allocazione dei fondi (sia alle Regione sia alle Aziende) in base a costi e fabbisogni standard che tengano conto di fattori di rischio strutturali (es. età, genere, morbidity) ed aggiustamento ex post solo per rischi non previsti (i.e. no bail out) (ii) allocazione/pagamenti invariante rispetto alla natura pubblica/privata dell'operatore che incentivino competizione tra erogatori sul valore per il paziente determinato tramite la misurazione degli esiti e dei costi degli interventi sanitari che deve divenire un parametro rilevante di comparazione tra Regioni, ASL, AO (iii) incentivazione di fonti finanziamento strettamente complementari¹⁴ e supplementari, quindi non complementari né sostitutive al SSN, con obiettivo di creare un secondo pilastro integrativo di finanziamento della Salute anche aumentando la deducibilità fiscale per i fondi che però destinino ad aree non coperte dai LEA ben più del 20% delle loro risorse come previsto dalla normativa attuale.

¹⁴ Senza la componente relativa alla copertura del costo dei ticket per mitigare il rischio di conseguenti aumenti della domanda di sanità (es. Francia).

Inoltre nel caso di Regioni in Piano di Rientro proponiamo da un lato di operare una ristrutturazione del debito pregresso e dall'altro operare un vero e proprio turnaround gestionale di queste Regioni reimpostandone la programmazione su tre dimensioni: (a) struttura (b) governance (c) capacità manageriali. La ristrutturazione del debito ha l'obiettivo di liberare la gestione corrente e futura dal peso di quella passata e va gestita attentamente per le sue implicazioni fiscali dato che contabilmente aumenterebbe il debito pubblico ma d'altro canto potrebbe aumentare anche la credibilità del Paese con impatto positivo sul premio di rischio qualora accompagnata da un piano di ristrutturazione della gestione credibile. I dettagli della proposta sono approfonditi in un paper dedicato; qui ci preme specificarne i principi ispiratori dei cambiamenti per ognuna delle tre aree. In particolare:

- Sulla struttura integrare la dimensione contabile con un adeguato collegamento tra spesa, le sue determinanti e la performance dei vari sistemi sanitari regionali a partire dai risultati di salute;
- Sulla governance riconoscendo che le Regioni in Piano di Rientro, e a fortiori quelle soggette a Commissariamento, presentano una situazione emergenziale e che in quanto tale non possano essere gestite da chi ha partecipato con incarichi dirigenziali al prodursi di questa situazione e che la situazione emergenziale in quanto tale debba essere strettamente limitata nel tempo;
- Sulle capacità manageriali supportando che il turnaround gestionale andrebbe supportato da un nucleo di eccellenza centrale con esperienze e capacità manageriali sul modello di quanto ad esempio fatto in Francia con ANAP. Il fine ultimo è la creazione di competenze a livello regionali che rendano attuabili, efficaci e sostenibili i turnaround, tuttavia crediamo che nell'immediato questo vada generato attraverso un agente esterno di cambiamento. Infatti riteniamo da una lato che senza capacità manageriali non vi è soluzione ai problemi sopra esposti e dall'altro che la perdurante assenza di meritocrazia e trasparenza sia una condizione ostativa per l'attrazione, lo sviluppo e la ritenzione dei talenti. I dettagli di questa proposta sono approfonditi in un paper dedicato.

Riteniamo che le riforme sopra illustrate possano nel loro insieme produrre un sistema che tenda a perseguire continuamente il miglioramento di efficienza e appropriatezza e la performance del sistema sanitario nel suo complesso attraverso (i) riconfigurazione rete

attraverso modelli a rete regionali e inter-regionali che evitino le duplicazioni dei punti di offerta ed aumentino la sicurezza nella gestione di alcune patologie critiche, razionalizzando le strutture sul territorio tramite anche l'accorpamento di quelle marginali (ii) sistematico approccio al miglioramento della performance clinica, operativa, di gestione delle risorse umane ed economico finanziaria delle strutture di erogazione con condivisione nazionale delle migliori esperienze (iii) presa in carico del paziente con gestione integrata delle cronicità (iv) facilitazione di partnership con il settore privato anche sulle attività clinica. Riteniamo che l'impatto di queste misure possa essere sostanziale in termini di risparmi.

Parte di questi risparmi potrebbero peraltro essere allocati a progetti di sviluppo. In particolare ci riferiamo a progetti relativi a iniziative di miglioramento nell'erogazione di servizi - svecchiamento della rete ospedaliera attraverso un forte impulso alle attività di project finance, rafforzamento centri di eccellenza in ottica di incremento di flussi di turismo medico, sviluppo piattaforma digitale anche investendo sull'informatizzazione della sanità, sblocco dei pagamenti verso le imprese. Inoltre riteniamo che possano esservi un forte impulso industriale nelle life sciences in particolare su cellule staminali, medicina rigenerativa, nanotecnologie, biomateriali e interfacce. I dettagli di questa proposta sono approfonditi in un paper dedicato.